MINISTÉRIO DA SAÚDE

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)

Brasília – DF
2013

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e *informações*
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência
SAF/Sul, Trecho 2, Edifício Premium, Torre 2, bloco F, térreo, sala 11
CEP: 70070-600– Brasília/DF
Site: <www.saude.gov.br>
E-mail: pessoacomdeficiencia@saude.gov.br

Coordenação
Dário Frederico Pasche
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Organização
Mariana Fernandes Campos
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Revisão Técnica:
Jacy Perissinoto
Mariana Fernandes Campos
Ruth Ramalho Ruivo Palladino
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Colaboradores
Cleonice Alves Bosa
Daniela Fernanda Marques
Fernanda Prada Machado
Jacy Perissinoto
José Salomão Schwartzman
Maria América Coimbra de Andrade
Marisa Furia Silva
Rogério Lerner
Ruth Ramalho Ruivo Palladino
Silvia Maria Arcuri

Projeto Gráfico e diagramação
Alisson Sbrana

Fotos
Acervo Área Técnica de Saúde
da Pessoa com Deficiência

Normalização

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
74, p. : il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

1. Transtornos do Espectro do Autismo. 2. Saúde pública. 3. Políticas públicas.

CDU 619.899

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS –

Prefácio

A ***Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência*** (NY, 2007), promulgada pelo Estado Brasileiro pelo decreto 6.949 em 25/08/09, resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às Pessoas com Deficiência, elegendo a "acessibilidade" como ponto central para a garantia dos direitos individuais. A Convenção, em seu artigo 1º, afirma que a pessoa com deficiência é aquela que *" têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas".*

Desde então, o Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia; a ampliação do acesso à saúde; à educação; ao trabalho, entre outros, com objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência. Em dezembro de 2011 é lançado o ***Viver sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência*** (Decreto 7.612 de 17/11/11) e, como parte integrante deste programa, o Ministério da Saúde institui a ***Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS*** (Portaria 793, de 24/04/12), estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva; regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Também em consonância com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, o governo brasileiro institui a ***Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo*** (Lei 12.764 de 27/12/12), sendo esta considerada Pessoa com Deficiência para todos os efeitos legais.

Esse processo é resultado da luta de **movimentos sociais, entre os quais entidades e associações de pais de pessoas com transtornos do espectro do autismo** que, passo a passo, vêm conquistando direitos e, no campo da saúde, ajudando a construir equidade e integralidade nos cuidados das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo.

Esta **Diretriz** é um dos resultados da conjunção de esforços da sociedade civil e do governo brasileiro. Coordenado pelo Ministério da Saúde, um grupo de pesquisadores e especialistas e várias entidades, elaborou o material aqui apresentado, oferecendo orientações relativas ao cuidado à saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, no campo da habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Vale ainda salientar que para que a atenção integral à pessoa com transtorno do espectro do autismo seja efetiva, as ações aqui anunciadas devem estar articuladas a outros pontos de Atenção da Rede SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como os serviços de proteção social (centros dia, residências inclusivas, CRAS e CREAS), e de educação.

SUMÁRIO

1 OBJETIVO 09

2 METODOLOGIA 11

3 INTRODUÇÃO 13

4 INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO E SINAIS DE ALERTA 20

5 INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO 29

6 COMPORTAMENTOS ATÍPICOS, REPETITIVOS E ESTEREOTIPADOS COMO INDICADORES DA PRESENÇA DE TEA 32

7 DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS DOS TEA 36

8 O MOMENTO DA NOTÍCIA DO DIAGNÓSTICO DE TEA 53

9 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO DA PESSOA COM TEA 56

10 APOIO E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA COM TEA 63

11 FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E ATENDIMENTO DA PESSOA COM TEA NA REDE SUS 64

REFERÊNCIAS 66

1 Objetivo

O objetivo desta diretriz é oferecer orientações às equipes multiprofissionais para o cuidado à saúde da pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e sua família, nos diferentes pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

2 Metodologia

A elaboração das Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo foi uma ação conjunta de profissionais, pesquisadores e especialistas, com experiência reconhecida em diversas profissões da saúde e pertencentes a Sociedades Científicas e Profissionais. Esse grupo contou também com um representante da sociedade civil.

A apresentação da problemática resultou de pesquisa bibliográfica em material nacional e internacional publicado nos últimos *70* anos, o que permitiu construir um pequeno, mas representativo resumo do estado da arte. As recomendações, por sua vez, também foram consequência de um trabalho de revisão crítica da experiência prática dos membros do grupo, cada um em sua especialidade de trabalho com as pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo.

3 Introdução

3.1 Histórico

O termo “autismo” foi introduzido na psiquiatria por Plouller, em 1906, como item descritivo do sinal clínico de isolamento (encenado pela repetição da auto-referência) frequente em alguns casos.

Em 1943, Kanner reformulou o termo como distúrbio autístico do contato afetivo, descrevendo uma síndrome com o mesmo sinal clínico de isolamento, então observado num grupo de crianças com idades variando entre 2 anos e 4 meses a 11 anos . Ele apresentou as seguintes características, como parte do quadro clínico que justificava a determinação de um transtorno do desenvolvimento: 1) extrema dificuldade para estabelecer vínculos com pessoas ou situações; 2) ausência de linguagem ou incapacidade no uso significativo da linguagem; 3) boa memória mecânica; 4) ecolalia[1]; 5) repetição de pronomes sem reversão; 6) recusa de comida; 7) reação de horror a ruídos fortes e movimentos bruscos; 8) repetição de atitudes; 9) manipulação de objetos, do tipo incorporação; 10) físico normal; 11) família normal.

Em 1956, ele elege dois sinais como básicos para a identificação do quadro: o isolamento e a imutabilidade e confirma a natureza inata do distúrbio. O quadro do autismo passou, desde então, a ser referido por diferentes denominações, tendo sido descrito por diferentes

1 Genericamente, a ecolalia se caracteriza pela repetição sistemática de palavras ou sílabas do enunciado do interlocutor.

sinais e sintomas dependendo da classificação diagnóstica adotada a partir dos dois sinais básicos estabelecidos por Kanner.

O conceito do Autismo Infantil (AI), portanto, se modificou desde sua descrição inicial, passando a ser agrupado em um contínuo de condições com as quais guarda várias similaridades, que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais (ou Invasivos) do Desenvolvimento (TGD). Mais recentemente, denominaram-se os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) para se referir a uma parte dos TGD: o Autismo; a Síndrome de Asperger; e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem Outra Especificação, portanto não incluindo Síndrome de Rett e Transtorno Desintegrativo da Infância.

O autismo é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica. Embora uma etiologia específica não tenha sido identificada, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos e neurobiológicos que podem estar associados ao autismo (anomalia anatômica ou fisiológica do SNC; problemas constitucionais inatos, predeterminados biologicamente). Fatores de risco psicossociais também foram associados. Nas diferentes expressões do quadro clínico, diversos sinais e sintomas podem estar ou não presentes, mas as características de isolamento e imutabilidade de condutas estão sempre presentes. O quadro, inicialmente, foi classificado no grupo das psicoses infantis. Na tentativa de diferenciação da esquizofrenia de início precoce, prevaleceu o conceito de que os sinais e sintomas devem surgir antes dos 03 anos de idade, e os três principais grupos de características são: problemas com a linguagem; problemas na interação social; e problemas no repertório de comportamentos (restrito e repetitivo), o que inclui alterações nos padrões dos movimentos.

Sendo assim, duas questões tornaram-se evidentes: a importância da detecção precoce e a necessidade do diagnóstico diferencial. A primeira se refere a uma melhor definição de sinais, ou ainda, a uma possibilidade de identificação dos mesmos no período em que a comunicação e expressão individual e social começam a se moldar: primeiros meses de vida. Nesse ponto vale uma observação: a importância atribuída à dimensão intelectual se dá em detrimento do estudo da linguagem dessas pessoas, que aparece de forma genérica nos apontamentos sobre comunicação, privilegiada para descrever o sintoma básico do isolamento. Portanto, faz-se necessária a definição de indicadores de risco para o quadro, em várias dimensões. A segunda questão se refere à construção de protocolos econômicos e eficientes de diagnóstico e tratamento, separando os casos de transtornos do espectro do autismo de um quadro geral dos transtornos do desenvolvimento, como medida de ajuste à rede de cuidados à saúde nesses casos.

3.2 Epidemiologia

Os dados epidemiológicos internacionais indicam uma maior incidência de TEA no sexo masculino, com uma proporção de cerca de 4,2 nascimentos para cada um do sexo feminino (Fombonne, 2009; Rice, 2007). A prevalência é estimada em um em cada 88 nascimentos (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2012), confirmando a afirmação de que o autismo tem se tornado um dos transtornos do desenvolvimento mais comuns (Fombonne, 2009; Newschaffer et al., 2007).

No Brasil, os estudos epidemiológicos são escassos. No Primeiro Encontro Brasileiro para Pesquisa em Autismo (EBPA - http://www6.ufrgs.br/ebpa2010/), Fombonne (2010) estimou uma prevalência de aproximadamente 500 mil pessoas com autismo em âmbito nacional, baseando-se no Censo de 2000. Dentre os poucos estudos realizados, há um piloto (De Paula, Ribeiro, Fombonne e Mercadante, 2011) realizado em uma cidade brasileira, que apontou uma prevalência de aproximadamente 0,3% de pessoas com transtornos globais do desenvolvimento. De acordo com os próprios autores, dada a pouca abrangência da pesquisa, não existem ainda estimativas de prevalência confiáveis em nosso país.

3.3 Classificação e descrição

Os sistemas internacionalmente utilizados na classificação desse quadro são o Código Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e o Código Internacional de Funcionalidades (CIF).

O CID-10 tem dois objetivos determinados: estudos epidemiológicos gerais e avaliação da assistência à saúde. O seu capítulo V trata dos Transtornos Mentais e Comportamentais, tendo uma subparte dedicada aos Transtornos do Desenvolvimento Psicológico e, nesta parte, uma divisão relativa aos Transtornos Globais do Desenvolvimento (F-84), na qual se alocam:

o autismo infantil (F84-0) ,

o autismo atípico (F84-1),

a síndrome de Rett (F84-2),

a síndrome de Aspeger (F84-5),

o Transtorno desintegrativo da Infancia (F84-3) e

o Transtorno Geral do desenvolvimento não especificado (F84-9) .

Note-se que, nessa mesma subparte, se alocam: problemas no desenvolvimento de fala e linguagem (F-80); no desenvolvimento das habilidades escolares (F-81); e no desenvolvimento motor (F-82), compondo uma classificação geral dos problemas do desenvolvimento.

A CIF, um sistema de classificação funcional, traz as dimensões das **atividades** (execução de tarefas ou ações por um indivíduo) e da **participação** (ato de envolver-se em uma situação vital) de cada pessoa, bem como os **qualificadores de desempenho** (aquilo que o indivíduo faz no seu ambiente atual/real) e de **capacidade** (potencialidade ou dificuldade de realização de atividades), nas seguintes áreas:

- Aprendizagem e aplicação do conhecimento
- Tarefas e Demandas Gerais
- Comunicação
- Mobilidade

- Cuidado Pessoal
- Vida Doméstica
- Relações e Interações Interpessoais
- Áreas Principais da Vida
- Vida Comunitária, Social e Cívica

A CIF permite a identificação de facilitadores e barreiras dentre os Fatores Ambientais (físico, social e de atitude) peculiares a cada pessoa em diferentes momentos da vida:

- Produtos e Tecnologia (ex.: medicamentos; próteses)
- Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Ser Humano (ex.: estímulos sonoros)
- Apoio e Relacionamentos (ex.: profissionais de saúde)
- Atitudes (ex.: de membros da família imediata)
- Serviços, Sistemas e Políticas (ex.: sistemas de educação e treinamento)

4 Indicadores do desenvolvimento e sinais de alerta

A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida, bem como o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções. Assim, as intervenções precoces em casos de TEA têm maior eficácia e contemplam maior economia, devendo ser privilegiadas pelos profissionais.

Nas ações de assistência materno-infantil da Atenção Básica, por exemplo, as equipes profissionais são importantes na tarefa de identificação de sinais de alerta às alterações no desenvolvimento da criança.

Há uma necessidade crescente de possibilitar a identificação precoce desse quadro clínico para que crianças com TEA possam ter acesso a ações e programas de intervenção o quanto antes. Sabe-se que manifestações do quadro sintomatológico devem estar presentes até os três anos de idade da criança, fator que favorece o diagnóstico precoce.

Assim, inventários de desenvolvimento das competências e habilidades, e de sinais de alerta para problemas são um importante material para instrumentalizar as equipes de saúde na tarefa de identificação desses casos.

É importante observar não somente a presença ou ausência de uma competência e/ou habilidade, mas sua qualidade e frequência nos contextos de vida das pessoas. Entre os principais aspectos a serem observados, destacamos:

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 0 a 6 Meses	Interação Social	Por volta dos 3 meses de idade crianças passam a acompanhar e a buscar o olhar de seu cuidador.	Criança com TEA pode não fazer isto ou fazer com frequência menor.
		Em torno dos 6 meses de idade é possível observar que as crianças prestam mais atenção em pessoas do que em objetos ou brinquedos.	Criança com TEA pode prestar mais atenção em objetos.
	Linguagem	Desde o começo, a criança parece ter atenção à (melodia da) fala humana. Após os 3 meses, ela já identifica a fala de seu cuidador, mostrando reações corporais. Para sons ambientais, apresenta expressões, por exemplo, de "susto"/ choro/tremor.	Criança com TEA pode ignorar ou apresentar pouca resposta aos sons de fala.
		Desde o começo, a criança apresenta balbucio intenso e indiscriminado, bem como gritos aleatórios, de volume e intensidade variados, na presença ou na ausência do cuidador. Por volta dos 6 meses, começa uma discriminação nestas produções sonoras, que tendem a aparecer principalmente na presença do cuidador.	Criança com TEA pode tender ao silêncio e/ou a gritos aleatórios.
		No inicio, o choro é indiscriminado. Por volta dos 3 meses, há o início de diferentes formatações de choro: choro de fome, de birra, etc. Estes formatos diferentes estão ligados ao momento e/ ou a um estado de desconforto.	Criança com TEA pode ter um choro indistinto nas diferentes ocasiões, e pode ter frequentes crises de choro duradouro, sem ligação aparente a evento ou pessoa.
	Brincadeiras	As crianças olham para o objeto e o exploram de diferentes formas (sacodem, atiram, batem e etc.)	Ausência ou raridade desses comportamentos exploratórios pode ser um indicador de TEA.
	Alimentação	A amamentação é um momento privilegiado de atenção por parte da criança aos gestos, expressões faciais e fala de seu cuidador.	Criança com TEA pode apresentar dificuldades nestes aspectos.

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 6 a 12 Meses	Interação Social	Começam a apresentar comportamentos antecipatórios (ex: estender os braços e fazer contato visual para "pedir" colo) e imitativos (por exemplo: gesto de beijo).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades nesses comportamentos.
	Linguagem	Choro bastante diferenciado e gritos menos aleatórios.	Crianças com TEA podem gritar muito e manter seu choro indiferenciado, criando uma dificuldade para seu cuidador entender suas necessidades.
		Balbucio se diferenciando; risadas e sorrisos.	Crianças com TEA tendem ao silêncio e a não manifestar amplas expressões faciais com significado.
		Atenção a convocações (presta atenção à fala materna ou do cuidador e começa a agir como se "conversasse", respondendo com gritos, balbucios, movimentos corporais).	Crianças com TEA tendem a não agir como se conversassem.
		A criança começa a atender ao ser chamada pelo nome.	Crianças com TEA podem ignorar ou reagir apenas após insistência ou toque.
		Começa a repetir gestos de acenos, palmas, mostrar a língua, dar beijo, etc.	Crianças com TEA podem não repetir gestos (manuais e/ou corporais) frente a uma solicitação ou pode passar a repeti-los fora do contexto, aleatoriamente.
	Brincadeiras	Começam as brincadeiras sociais (como brincar de esconde-esconde), a criança passa a procurar o contato visual para manutenção da interação	A criança com TEA pode precisar de muita insistência do adulto para se engajar nas brincadeiras.
	Alimentação	Período importante porque serão introduzidos texturas e sabores diferentes (sucos, papinhas) e, sobretudo, porque será iniciado desmame.	Crianças com TEA podem ter resistência a mudanças e novidades na alimentação.

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 12 a 18 Meses	Interação Social	Aos 15-18 meses as crianças apontam (com o dedo indicador) para mostrar coisas que despertam a sua curiosidade. Geralmente, o gesto é acompanhado por contato visual e, às vezes, sorrisos e vocalizações (sons). Ao invés de apontar elas podem "mostrar" as coisas de outra forma (ex: colocando-as no colo da pessoa ou em frente aos seus olhos).	A ausência ou raridade deste gesto de atenção compartilhamento pode ser um dos principais indicadores de TEA.
	Linguagem	Surgem as primeiras palavras (em repetição) e, por volta do 18º mês, os primeiros esboços de frases (em repetição a fala de outras pessoas).	Crianças com TEA podem não apresentar as primeiras palavras nesta faixa de idade.
		A criança desenvolve mais amplamente a fala, com um uso gradativamente mais apropriado do vocabulário e da gramática. Há um progressivo descolamento de usos "congelados" (situações do cotidiano muito repetidas) para um movimento mais livre na fala.	Crianças com TEA podem não apresentar este descolamento/ sua fala pode parecer muito adequada, mas porque está em repetição, sem autonomia.
		A compreensão vai também saindo das situações cotidianamente repetidas e se ampliando para diferentes contextos.	Crianças com TEA mostram dificuldade em ampliar sua compreensão de situações novas.
		A comunicação é, em geral, acompanhada por expressões faciais que refletem o estado emocional das crianças (ex: arregalar os olhos e fixar o olhar no adulto para expressar surpresa, ou então constrangimento, "vergonha").	Crianças com TEA tendem a apresentar menos variações na expressão facial ao se comunicarem, a não ser alegria/ excitação, raiva ou frustração.
	Brincadeiras	Aos 12 meses a brincadeira exploratória é ampla e variada. A criança gosta de descobrir os diferentes atributos (textura, cheiro, etc.) e funções dos objetos (sons, luzes, movimentos, etc.).	A criança com TEA tende a explorar menos objetos e, muitas vezes, fixa-se em algumas de suas partes, sem explorar as funções (ex.: passar mais tempo girando a roda de um carrinho do que empurrando-o).
		O jogo de faz-de-conta emerge por volta dos 15 meses e deve estar presente de forma mais clara aos 18 meses de idade.	Em geral, isso não ocorre no TEA.
	Alimentação	A criança gosta de descobrir as novidades na alimentação, embora possa resistir um pouco no início.	Crianças com TEA podem ser muito resistentes à introdução de novos alimentos na dieta.

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 18 a 24 Meses	Interação Social	Há interesse em pegar objetos oferecidos pelo seu parceiro cuidador. Olham para o objeto e para quem o oferece.	Crianças com TEA podem não se interessar e não tentar pegar objetos estendidos por pessoas ou fazê-lo somente após muita insistência.
		A criança já segue o apontar ou o olhar do outro, em várias situações.	Crianças com TEA podem não seguir o apontar ou o olhar dos outros; podem não olhar para o alvo ou olhar apenas para o dedo de quem está apontando. Além disso, não alterna seu olhar entre a pessoa que aponta e o objeto que está sendo apontado.
		A criança, em geral, tem a iniciativa espontânea de mostrar ou levar objetos de seu interesse a seu cuidador.	Nos casos de TEA, a criança, em geral, só mostra ou dá algo para alguém se isso reverter em satisfação de alguma necessidade imediata (abrir uma caixa, por exemplo, para que ela pegue um brinquedo em que tenha interesse imediato: uso instrumental do parceiro).
	Linguagem	Por volta do 24 meses: surgem os "erros", mostrando o descolamento geral do processo de repetição da fala do outro, em direção a uma fala mais autônoma, mesmo que sem domínio das regras e convenções (Por isso aparecem os "erros").	Criança com TEA tendem a ecolalia.

(continua...)

(continuação)

De 18 a 24 Meses	Linguagem	Os gestos começam a ser amplamente usados na comunicação.	Crianças com TEA costumam utilizar menos gestos e/ou a utilizá-los aleatoriamente. Respostas gestuais, como acenar com a cabeça para “sim” e “não”, também podem estar ausentes nessas crianças entre os 18 e 24 meses.
	Brincadeiras	Por volta de 18 meses, bebês costumam reproduzir o cotidiano por meio de um brinquedo ou brincadeira; descobrem a função social dos brinquedos. (ex.: fazer o animalzinho “andar” e produzir sons)	A criança com TEA pode ficar fixada em algum atributo do objeto, como a roda que gira ou uma saliência em que passa os dedos, não brincando apropriadamente com o que o brinquedo representa.
		As crianças usam brinquedos para imitar ações dos adultos (dar a mamadeira a uma boneca; dar “comidinha” usando uma colher, “falar” ao telefone”, etc.) de forma freqüente e variada.	Em crianças com TEA este tipo de brincadeira está ausente ou é rara.
	Alimentação	Período importante porque, em geral, é feito 1) o desmame; 2) começa a passagem dos alimentos líquidos/pastosos, frios/mornos para alimentos sólidos/semi-sólidos, frios/quentes/mornos, doces/ salgados/amargos; variados em quantidade; oferecidos em vigília, fora da situação de criança deitada ou no colo; 3) começa a introdução da cena alimentar: mesa/cadeira/utensílios (prato, talheres, copo) e a interação familiar/social.	Crianças com TEA podem resistir às mudanças, podem apresentar recusa alimentar ou insistir em algum tipo de alimento mantendo por exemplo, a textura, a cor, a consistência, etc. Podem, sobretudo, resistir a participar da cena alimentar.

		Indicadores do Desenvolvimento Infantil	Sinais de Alerta para TEA
De 24 a 36 Meses	Interação Social	Os gestos (olhar, apontar, etc.) são acompanhados pelo intenso aumento na capacidade de comentar e/ou perguntar sobre os objetos e situações que estão sendo compartilhadas. A iniciativa da criança em apontar, mostrar e dar objetos para compartilhá-los com o adulto aumenta em frequência.	Os gestos e comentários em resposta ao adulto tendem a aparecer isoladamente ou após muita insistência. As iniciativas são raras, sendo um dos principais sinais de alerta de TEA.
	Linguagem	A fala está mais desenvolvida, mas ainda há repetição da fala do adulto em várias ocasiões, com utilização dentro da situação de comunicação.	Crianças com TEA podem ter repetição da fala da outra pessoa sem relação com a situação de comunicação.
		Começa a contar pequenas estórias; a relatar eventos próximos já acontecidos; a comentar sobre eventos futuros, sempre em situações de diálogo (com o adulto sustentando o discurso).	Crianças com TEA podem apresentar dificuldades ou desinteresse em narrativas referentes ao cotidiano. Podem repetir fragmentos de relatos/narrativas, inclusive de diálogos, em repetição e independente da participação da outra pessoa.
		Canta e pode recitar uma estrofe de versinhos (em repetição). Já faz distinção de tempo (passado, presente, futuro); de gênero (masculino, feminino); e de número (singular, plural), quase sempre adequadas (sempre em contexto de diálogo). Produz a maior parte dos sons da língua, mas pode apresentar “erros”; a fala tem uma melodia bem infantil ainda; voz geralmente mais agudizada.	Crianças com TEA podem tender à ecolalia; distinção de gênero, número e tempo não acontece; cantos e versos só em repetição aleatória, não “conversam” com o adulto.

(continua...)

(continuação)

	Brincadeiras	A criança, nas brincadeiras, usa um objeto "fingindo" que é outro (um bloco de madeira pode ser um carrinho, uma caneta pode ser um avião, etc.). A criança brinca imitando os papéis dos adultos (de "casinha", de "médico", etc.), construindo cenas ou estórias. Ela própria ou seus bonecos são os "personagens".	Crianças com TEA raramente apresentam este tipo de brincadeira ou o fazem de forma bastante repetitiva e pouco criativa.
		A criança gosta de brincar perto de outras crianças (ainda que não necessariamente com elas) e demonstram interesse por elas (aproximar-se, tocar e se deixar tocar, etc.).	A ausência dessas ações pode indicar sinais de TEA; as crianças podem se afastar, ignorar ou limitar-se a observar brevemente outras crianças à distância.
		Aos 36 meses as crianças gostam de propor/engajar-se em brincadeiras com outras da mesma faixa de idade.	Crianças com TEA, quando aceitam participar das brincadeiras com outras crianças, em geral, têm dificuldades em entendê-las.
	Alimentação	A criança já participa das cenas alimentares cotidianas: café da manhã/almoço/jantar; é capaz de estabelecer separação dos alimentos pelo tipo de refeição ou situação (comida de lanche/festa/almoço de domingo, etc.); início do manuseio adequado dos talheres; alimentação contida ao longo do dia (retirada das mamadeiras noturnas).	Crianças com TEA podem ter dificuldade com este esquema alimentar: permanecer na mamadeira; apresentar recusa alimentar; não participar das cenas alimentares; não se adequar aos "horários" de alimentação; pode querer comer a qualquer hora e vários tipos de alimento ao mesmo tempo; pode passar por longos períodos sem comer; pode só comer quando a comida é dada na boca ou só comer sozinha, etc.

5 Instrumentos de Rastreamento

5.1 – Instrumentos de uso livre[2] para o Rastreamento/Triagem de Indicadores de Desenvolvimento Infantil e dos TEA

O diagnóstico do TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores, o que torna o uso de escalas e instrumentos de triagem e avaliação padronizados uma necessidade.

Dentre os instrumentos de triagem e de avaliação do TEA, é preciso reconhecer e diferenciar que alguns desses são para identificação, outros para diagnóstico, para identificar alvos de intervenção e monitorar os sintomas ao longo do tempo.

É importante salientar que há instrumentos de rastreamento/ triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, para ser o mais abrangente possível. Instrumentos de rastreamento são aqueles que, em linhas gerais, detectam sintomas relativos ao espectro, mas não "fecham" diagnóstico.

Vale destacar que tais instrumentos fornecem informações que levantam a suspeita do diagnóstico, sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado por profissional treinado e capacitado para isso. No caso dos Transtornos do Espectro do Autismo, recomenda-se que seja realizado diagnóstico diferencial.

2 Foram incluídos apenas instrumentos cuja situação de uso livre de direitos autorais foi mencionada na publicação original e/ou na versão brasileira.

Dentre os instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem de indicadores clínicos de alterações de desenvolvimento, temos:

- **IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil):** é instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criado e validado por um grupo de especialistas brasileiros é de uso livre pelos profissionais da saúde. É composto por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em 4 faixas etárias de 0 a 18 meses, para a observação e perguntas dirigidas à díade mãe (ou cuidador)-bebê. O possível risco para desenvolvimento decorre de indicadores estarem ausentes. (KUPFER et. al., 2009, LERNER, 2011)

Dentre os instrumentos de rastreamento/triagem de indicadores dos TEA adaptados e validados no Brasil, apenas o M-CHAT é de uso livre:

- **M-Chat (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*** é um questionário com 23 itens, usado como triagem de TEA. Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. Como mencionado, é composto por 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. Inclui itens relacionados aos interesses da criança no engajamento social; habilidade de manter o contato visual; imitação; brincadeira repetitiva e de “faz-de-conta”; e o uso do contato visual e de gestos para direcionar atenção social do parceiro ou para pedir ajuda (LOSAPIO e PONDÉ, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011) WRIGHT E POULIN-DUBOIS, 2011).

6 Comportamentos Atípicos, Repetitivos e Estereotipados como Indicadores da Presença de TEA

Comportamentos incomuns não são bons preditores de TEA, porque várias crianças com TEA não os apresentam e, quando o fazem, costumam demonstrá-los mais tardiamente. Em alguns casos, são observados comportamentos atípicos, repetitivos e estereotipados severos, indicando a necessidade de encaminhamento para avaliação diagnóstica de TEA, como descritos abaixo**:**

6.1 – Motores

- movimentos motores estereotipados: *flapping* de mãos; “espremer-se”; correr de um lado para o outro; dentre outros;

- ações atípicas repetitivas: alinhar/empilhar brinquedos de forma rígida; observar objetos aproximando-se muito deles; prestar atenção exagerada a certos detalhes de um brinquedo; demonstrar obsessão por determinados objetos em movimento (ventiladores, máquinas de lavar roupas etc.).

- dificuldade de se aninhar no colo dos cuidadores ou extrema passividade no contato corporal; extrema sensibilidade em momentos de desconforto (ex.: dor);

- dissimetrias na motricidade, tais como: maior movimentação dos membros de um lado do corpo; dificuldades de rolamento na idade esperada; movimentos corporais em bloco e não

suaves e distribuídos pelo eixo corporal; dificuldade, assimetria ou exagero em retornar membros superiores à linha média; dificuldade de virar o pescoço e a cabeça na direção de quem chama a criança.

6.2 – Sensoriais

- hábito de cheirar e/ou lamber objetos;

- sensibilidade exagerada a determinados sons (liquidificador, secador de cabelos, etc.), reagindo de forma exagerada e eles;

- insistência visual em objetos que têm luzes que piscam e/ou emitem barulhos, bem como nas partes que giram (ventiladores, máquinas, etc.);

- insistência tátil: podem permanecer por muito tempo passando a mão sobre uma determinada textura.

6.3 - Rotinas

- tendência a rotinas ritualizadas e rígidas;

- dificuldade importante na modificação da alimentação. Algumas crianças, por exemplo, só bebem algo se utilizarem sempre o mesmo copo; outras, para se alimentarem, exigem que os alimentos estejam dispostos no prato sempre da mesma forma. Sentar-se sempre no mesmo lugar; assistir apenas a um mesmo DVD; e colocar as coisas sempre no mesmo lugar. Qualquer mudança de rotina pode desencadear acentuadas crises de choro, grito ou intensa manifestação de desagrado.

6.4 - Fala

- repetem palavras que acabaram de ouvir (ecolalia imediata). Outras podem emitir falas ou “slogans/vinhetas” que ouviram na televisão, sem sentido contextual (ecolalia tardia). Pela repetição da fala do outro, não operam a modificação no uso de pronomes;

- podem apresentar características peculiares na entonação e no volume da voz;

- a perda de habilidades previamente adquiridas deve ser sempre encarada como sinal de importância. Algumas crianças com TEA deixam de falar e perdem certas habilidades sociais já adquiridas por volta dos 12-24 meses. A perda pode ser gradual ou aparentemente súbita. Caso isso seja observado em uma criança, ao lado de outros possíveis sinais, a hipótese de wum TEA deve ser aventada, sem, no entanto, excluir outras possibilidades diagnósticas (por exemplo, doenças progressivas).

6.5 Expressividade

- expressividade emocional menos frequente e mais limitada;

- dificuldade de encontrar formas de expressar as diferentes preferências e vontades, e de responder às tentativas dos adultos em compreendê-las (quando a busca de compreensão está presente na atitude dos adultos)

7 Diretrizes Diagnósticas dos TEA

Toda pessoa com suspeita de apresentar um dos TEA deve ser encaminhada para avaliação diagnóstica. O diagnóstico é essencialmente clínico e, nesse sentido, não deve prescindir da participação do médico especialista (psiquiatra e/ou neurologista), acompanhado de equipe interdisciplinar capacitada para reconhecer clinicamente tais transtornos. A equipe deverá contar com, no mínimo: médico psiquiatra ou neurologista, psicólogo e fonoaudiólogo. Cada profissional, dentro de sua área, fará sua observação clínica.

Segue abaixo, um modelo sintético de aspectos a serem investigados pelas equipes, proposto por BOSA (1998) e ampliada por FERNANDES (2000); PERISSINOTO (2004) e MARQUES (2010), e que pode orientar os profissionais da saúde.

7.1 Entrevista com os Pais ou Cuidadores

Além dos dados que já constam no prontuário é importante registrar os tipos de atendimentos (data de início, frequência, etc.) e obter informações sobre:

- História de problemas de desenvolvimento dos pais, irmãos e outros familiares (desenvolvimento físico, problemas emocionais, problemas de aprendizagem na escola – leitura/ escrita) e se houve necessidade de tratamento.
- Quando surgiram os primeiros sintomas e em que área do desenvolvimento.
- Problemas no sono (dificuldades para conciliar o sono ou

sono agitado; medos) e na alimentação (mastigação; apetite ausente ou excessivamente voraz); particularidades em relação à comida (exigências sobre certos tipos de comida; temperatura da comida; etc.) de forma rígida.

- Problemas na conduta: agressividade, hiperatividade, comportamento destrutivo, autoagressão.
- Registrar tipos de atendimentos (data de início, freqüência, etc.)

7.2 Sugestão de Roteiro para Anamnese:

7.2.1 Aspectos qualitativos da comunicação, linguagem e interação social

7.2.1.1 Idade das primeiras vocalizações (balbucio)

7.2.1.2 Idade das primeiras palavras (descrever)

7.2.1.3 Idade das primeiras frases (verbo + palavra)

7.2.1.4 Atraso no aparecimento da fala

7.2.1.5 Segura o rosto do adulto para fazê-lo olhar em determinada direção

7.2.1.6 Pega na mão do adulto como se fosse uma ferramenta para abrir/alcançar algo

7.2.1.7 Atende quando chamado pelo nome

7.2.1.8 Como é a articulação/pronúncia das palavras e frases? (> 4 anos) Há dificuldade de entendimento por parte de estranhos?

7.2.1.9 Como é o ritmo/entonação da voz (fala monótona, muito baixa ou alta)?

7.2.1.10 Repete a última palavra ou frase imediatamente ouvida (considerar a idade)?
7.2.1.11 Repete, fora de contexto, frases ouvidas anteriormente (exatamente da mesma forma)?
7.2.1.12 Faz confusão entre eu/tu/ele(a) (> 3 anos)?
7.2.1.13 Inventa palavras ou vocalizações? Combina palavras de forma estranha?
7.2.1.14 Insiste em falar sempre sobre o mesmo tema?
7.2.1.15 Insiste em fazer os outros dizerem palavras/frases repetidamente da mesma forma?

7.2.2 Atenção compartilhada:

7.2.2.1 Mostra ou traz o objeto para perto do rosto do parceiro ou aponta objetos/eventos de interesse variados apenas para compartilhar (não considerar pedidos de ajuda)?
7.2.2.2 Faz comentários (verbalmente ou através de gestos)?
7.2.2.3 Olha para onde o parceiro aponta?
7.2.2.4 Responde aos convites para brincar?
7.2.3 Respostas/Iniciativas Sociais Relacionadas a outras pessoas
7.2.3.1 Há iniciativa de aproximação ou interesse em outras pessoas (observa outras crianças brincando, é capaz de responder mas não toma iniciativa)?
7.2.3.2 Fica ansioso(a) com a presença de outras pessoas?
7.2.3.3 É capaz de engajar-se em brincadeiras e/ou atividades simples e simultâneas (chutar bola de volta enquanto desloca carrinhos na areia; etc.)?

7.2.3.4 Engaja-se em brincadeiras, mas somente aquelas envolvendo os objetos de preocupações circunscritas (estereotipadas)?

7.2.3.5 Prefere brincadeiras em duplas a grupos (considerar a idade)?

7.2.3.6 Fica intensamente ansioso na presença de pessoas que não sejam familiares (distinguir ansiedade de timidez – baixar os olhos, esconder o rosto, etc.)?

7.2.3.7 Ignora/evita de forma persistente o contato com pessoas não familiares?

7.2.3.8 Empurra/agride (componente físico) de forma persistente?

7.2.3.9 Há falta de inibição (comum em crianças pequenas) em relação a pessoas estranhas?

7.2.3.10 Há variação na resposta conforme o contexto e a pessoa?

7.2.4 Comportamentos de Apego

7.2.4.1 Demonstra preocupação quando separada dos pais ou cuidadores?

7.2.4.2 Sorri ou mostra excitação com o retorno dos pais ou cuidadores após separações?

7.2.4.3 Busca ajuda dos pais ou cuidadores quando machucada?

7.2.4.4 Checa a presença dos pais ou cuidadores em lugares estranhos?

7.2.5 Afetividade

7.2.5.1 Em que idade ocorreram os primeiros sorrisos?
7.2.5.2 Apresentou orientação da cabeça para a face do adulto quando este falava/brincava com ela (bebê)?
7.2.5.3 Há sorriso espontâneo a pessoas familiares (registrar se é restrito aos pais)
7.2.5.4 Há sorriso espontâneo a pessoas que não sejam familiares?
7.2.5.5 Há variação na expressão facial (contentamento, frustração, surpresa, constrangimento, etc.)?
7.2.5.6 Há expressão emocional apropriada ao contexto (ex.: sorriso coerente com a situação)?
7.2.5.7 Compartilha atividades prazerosas com os outros?
7.2.5.8 Demonstra preocupação se os pais/cuidadores estão tristes ou doentes/machucados?

7.2.6 Brincadeira

7.2.6.1 Investigar a qualidade da brincadeira: frequência, intensidade, variedade de contextos e tópicos. Se a brincadeira for repetitiva e estereotipada, investigar a resistência à interrupção da mesma.
7.2.6.2 Quais são os brinquedos e atividades favoritas?
7.2.6.3 Apresenta brincadeira de faz-de-conta (fazer estorinhas com os brinquedos; um boneco conversar com o outro; usar um objeto para representar outro)
7.2.6.4 Alinha ou empilha objetos sem aparente função na brincadeira e de forma repetitiva?
7.2.6.5 Faz brincadeiras com partes de objetos ao invés do objeto como um todo (por exemplo, ignora o carrinho e gira ape-

nas as rodas por um longo tempo)?

7.2.6.6 Abre/fecha portas, gavetas repetidamente; liga/desliga interruptores de luz repetida e insistentemente; intenso interesse por objetos que giram (máquina de lavar, ventilador, veículos em geral – considerar a persistência/dificuldade em ser interrompida)?

7.2.6.7 Há resistência a mudanças na rotina pessoal/da casa?

7.2.6.8 Exige uma sequência fixa e rígida para atividades (ex.: vestir-se, arrumar a casa, higiene pessoal)? Como reage se a rotina é alterada/interrompida?

7.2.6.9 Existe apego a objetos pouco comuns (ex.: plástico, pedra, etc.) para a idade (carrega consigo cotidianamente e se desorganiza quando retirado)?

7.2.7 Comportamentos repetitivos e estereotipados

7.2.7.1 Maneirismos e Movimentos Complexos do Corpo (repetição de movimentos sem aparente função, principalmente em movimentos de estresse ou excitação):

7.2.7.2 Há movimentos das mãos perto do rosto?

7.2.7.3 Há movimentos dos dedos e mãos junto ao corpo?

7.2.7.4 Há balanço do corpo?

7.2.7.5 Há movimentos dos braços (flapping)?

7.2.8 Sensibilidade Sensorial:

7.2.8.1 Há demasiado interesse pelas propriedades sensoriais dos objetos (cheiro, textura, movimento)?

7.2.8.2 Nota-se hipersensibilidade a barulhos comuns (ano-

tar reações como cobrir as orelhas, afastar-se, chorar)?

7.2.9 Problemas de comportamento:

7.2.9.1 Já manifestou masturbação em público e/ou tentativas de tocar em partes íntimas dos outros de forma persistente?
7.2.9.2 Demonstra hiperatividade (agitação intensa)?
7.2.9.3 Tem hábito de roer unhas?
7.2.9.4 Agride os outros sem razão aparente ou se auto-agride?
7.2.9.5 Destrói objetos com frequência?
7.2.9.6 Medos (relacionar medos discrepantes com a etapa evolutiva: frequência, intensidade, grau de interferência em outras atividades ou na família).

7.3 Observação Direta do Comportamento

7.3.1 – Interação social, linguagem e comunicação

7.3.1.1 - Atenção Compartilhada

- Observar se tenta dirigir a atenção do examinador para brinquedos/eventos de interesse próprio, de forma espontânea. Pode ser manifestado por meio de gestos (mostrar, apontar, trazer objetos para o parceiro) e/ou verbalizações (comentários sobre as propriedades físicas dos objetos/eventos; perguntas para esclarecimento de dúvidas ou obtenção de informação em relação a

estes objetos/eventos, por curiosidade). No caso desse comportamento estar presente, deve-se considerar o comportamento coordenado com o olhar. Além disso, observar se o comportamento de atenção compartilhada aparece em uma variedade de situações ou somente em atividades repetitivas (estereotipadas).

- Observar também se segue os gestos indicativos de outras pessoas: olha para onde estes estão olhando, etc. Não inclui fazer gestos ou falar para pedir ajuda (para alcançar ou fazer funcionar um brinquedo, etc.).

7.3.1.2 - Busca de Assistência

- Neste item deve-se considerar se utiliza gestos (mostrar, apontar, trazer objetos para o examinador) com a finalidade de buscar assistência (ex.: abrir a tampa de uma caixa, fazer funcionar um brinquedo) e, ainda, se são coordenados com o olhar.

7.3.1.3 Responsividade Social

- Observar a aceitação/receptividade das iniciativas do examinador (ex.: convites, propostas) para engajá-la em brincadeiras, bem como a frequência em que o comportamento aparece.
- Imitação motora ou "social" estão presentes?
- Observar se reproduz os gestos ou atividades iniciadas pelo examinador e com que frequência isso ocorre; se

canta ou dança.

7.3.1.4 - Sorriso

- Neste item deve-se observar se apresenta sorriso dirigido ao outro e com motivo aparente; se a direção do sorriso é difusa e sem motivo identificável, ou se não sorri. Considerar também se o sorriso é acompanhado pelo olhar e adequado ao contexto social.

7.3.1.5 - Outras Expressões Afetivas Identificáveis pelo Observador

- Observar a gama de expressões faciais afetivas (ex.: alegria, tristeza, frustração, acanhamento, surpresa, medo) manifestadas durante a avaliação. Considerar se estas expressões seriam esperadas em uma determinada situação (ex.: mediante um brinquedo que não funciona como gostaria, se expressa frustração) ou se se apresentam "desorganizadas" (ex.: chora ou grita sem motivo aparente, não direcionado a alguém em particular).

7.3.1.6 - Linguagem

- Qual é o meio de comunicação prioritário e suas características? Fala? Gestos? Sons?
  - o Refere-se à linguagem mediada por diferentes recursos (exclusivos ou complementares) como sons,

gestos, palavras, frases, leitura/escrita ou uso de figuras, a fim de iniciar e/ou manter um diálogo; comentar e/ou relatar e narrar eventos; ponderar e argumentar frente às situações e os diversos interlocutores.

- Responde à fala da outra pessoa? Precisa de apoio para a resposta? Qual(is)?
- Inicia um diálogo? Para que?

o Refere-se à habilidade em demandar a atenção da outra pessoa e pode ser realizada para chamar a atenção para um objeto e/ou evento; pedir um objeto ou ação (ex.: pegar algo, abrir porta, etc.). Observar se sua expressão depende sempre da iniciativa da outra pessoa.

- Mantém o mesmo foco em um assunto?

o Refere-se à seleção de seu foco de interesse e da habilidade de ampliar a maneira de aborda-lo, a partir da participação da outra pessoa. Ao abordar seu foco de interesse, sua expressão mostra coerência?

- Partilha do assunto proposto pela outra pessoa? Precisa de ajuda para dirigir sua atenção/interesse e mantê-la?

o Refere-se à habilidade de partilhar o que a outra pessoa apresenta, isto é, se participa do tema com pergunta ou comentário sobre o objeto ou evento apresentado pela outra pessoa. Observe se considera as justificativas utilizadas pela outra pessoa, isto

é, se considera o ponto de vista do interlocutor ou personagem de estória.

- Relata ou narra fatos ou historias? Qual a participação da outra pessoa?
    - Refere-se à habilidade de fazer relatos/narrativas de fatos e/ou de situações imaginárias. Observar se depende exclusivamente da participação direcionadora da outra pessoa (ex.: perguntas, repetições, retomadas).

- Expõe sua opinião? Usa elementos de justificativa?
    - Refere-se ao uso da linguagem para explicar e/ou mudar sua opinião e argumentar sobre um ponto de vista. E, também, às habilidades de expressar seus pontos de vista acerca das situações, e de mostrar tentativas de explicação para eventos ou atitudes (ex.: causas físicas ou intenções das pessoas). Observar se depende exclusivamente da participação direcionadora (perguntas, repetições, retomadas).

- Há variabilidade da melodia de fala?
    - Refere-se à melodia de fala (prosódia) como fator comunicativo. Isto é, considere se a prosódia de fala da pessoa com suspeita de TEA carrega informação (ex.: expressão de pergunta, de resposta, negação, exclamação, etc.), também, se a carga comunicativa da variação melódica da outra pessoa é motivadora da atenção da pessoa com TEA.

- Considere ainda o vocabulário de recepção e de expressão; a complexidade gramatical de recepção e expressão; e características fonológicas.

- Observe se reconhece letras, palavras, frases e/ou números sem ter sido formalmente ensinado (anterior aos 4anos) e, especialmente, se mostra compreensão deste tipo de leitura.

- Observe as habilidades de leitura e de escrita, isto é, na leitura, analise a compreensão; taxa de leitura e acurácia; na escrita, registre a coerência e a coesão do texto escrito; características dos períodos; vocabulário selecionado; e autonomia de construção do tema.

7.3.2 - Relação com Objetos/Brincadeiras/Atividades

7.3.2.1 - Manipulação/exploração

- Observar a gama de objetos manipulados/explorados pela pessoa com suspeita de TEA. O comportamento exploratório pode aparecer com diferentes objetos/ brinquedos ou, ainda, pode estar ausente (ex.: criança "anda" sobre os brinquedos, sem parecer notá-los).

- Aqui deve ser considerada se a exploração dos objetos é considerada típica, conforme o esperado para a idade, ou se realizada de forma estereotipada (ex.: interesse pelo movimento dos objetos, por partes e não pelo objeto

inteiro, atividade repetitiva - alinhar, girar objetos, sem função aparente).

7.3.2.2 - Brincadeira Funcional

- A brincadeira funcional refere-se à manipulação de objetos/brinquedos não apenas com fins exploratórios, mas de acordo com suas funções (ex.: acionar brinquedos musicais, fazer encaixes, jogos de construção, etc.).

7.2.2.3 - Brincadeira de faz-de-conta (simbólica)

- Atividade na qual um objeto é utilizado para representar outro (ex.: um pedaço de madeira serve como espada; um bloco de madeira pode ser usado como telefone). É conhecida como brincadeira de faz-de-conta, ou ainda representa situações/papéis, mesmo sem o uso de objetos (ex.: fingir que é médico, professora, etc.). Deve-se considerar também se a brincadeira simbólica aparece restrita às atividades estereotipadas e repetitivas (ex.: na insistência em um mesmo tópico e de forma rígida).

7.2.2.4 - Atividade Gráfica

- Nesse item deve ser avaliado o registro gráfico da criança. Observar se há apenas rabiscos, garatujas (desenhos sem forma definida, mas ao qual a criança atribui uma representação) ou representações definidas de pessoas (mesmo que na forma de traço, “palito”), animais,

objetos, natureza, etc. Considerar também se a criança não "desenha", mesmo após tentativas do adulto.

- O examinador deve considerar se a representação foi espontânea ou estereotipada (insistência em um mesmo tópico com resistência à mudança/interrupção da atividade). Quando a representação gráfica for considerada espontânea, deve-se avaliar se foi ou não criativa.

7.3.3 – Movimentos Estereotipados do Corpo e Aspectos Sensoriais

7.3.3.1 - Movimentos Repetitivos das Mãos e do corpo

- Refere-se aos movimentos rápidos e involuntários dos dedos e mãos, de forma repetitiva e aparentemente não-funcional, e que geralmente ocorrem dentro do campo visual da criança ou na linha média do corpo (ex.: retorcer e/ou tremular os dedos; movimentar as duas ou uma das mãos de um lado para outro; esfregar; torcer/apertar as mãos). A criança pode andar na ponta dos pés, saltitar repetidamente, porém, ao contrário do que acontece comumente com crianças pequenas, esses movimentos ocorrem fora de contexto de brincadeira. Considerar se são ocasionais ou frequentes e, ainda, a reação da criança perante a tentativa de interrupção pelo examinador.

7.3.3.2 - Interesse pelos atributos sensoriais dos objetos

- Observar se a criança fica excessivamente “focada” em atributos sensoriais dos objetos, tais como: luzes, movimentos, textura, isto é, se resiste a ter sua atenção desviada para outros estímulos.

7.3.4 – Aspectos a serem considerados na Avaliação de Adultos com TEA

- Para que se possa avaliar as preferências de adultos e idosos com TEA - e particularmente daquelas com déficits de comunicação - pode-se usar métodos indiretos (i.e. entrevistas e questionários a familiares e cuidadores) ou formas diretas de avaliação. No caso dos métodos diretos, podemos observar o indivíduo em seu ambiente natural e real, atentando às suas escolhas e formas de engajamento, ou podemos apresentar situações de teste de preferência, nos quais um ou mais itens ou atividades são avaliados simultânea ou sucessivamente.

- No que diz respeito a uma avaliação dos riscos vividos pelo indivíduo adulto ou idoso com TEA, há múltiplos elementos a serem considerados. Primeiro, a presença de comportamentos auto e hetero agressivos. Um adulto com TEA que apresenta uma longa história de comportamentos auto-agressivos, pode apresentar lesões internas que devem ser avaliadas pela equipe médica. A chance de ocorrência de comportamentos auto e hetero agressivos, os riscos que estes apresentam, bem como formas de tratamento e gerenciamento dos

mesmos, devem ser extensivamente discutidas pela equipe de trabalho. Mas não são apenas os excessos comportamentais que colocam o indivíduo em risco. Déficits nas áreas de comunicação, auto cuidados e auto preservação também podem ser críticos.

7.3.5 – Comorbidades

Estudos têm reconhecido a ocorrência de TEA como comorbidade em outras condições como, por exemplo, Síndrome de Down, Paralisia Cerebral, Síndrome de Tourette, Síndrome de Turner, Síndrome de Willians, Esclerose Tuberosa e Deficiência Auditiva e Visual, Fenilcetonúria não tratada, Amaurose de Leber, Deficiência Intelectual. entre outras. (Baron-Cohen, Scahill, Izaguirre, Hornsey e Robertson, 1999; Cass, 1998; Creswell e Skuse, 1999; Fombonne, du Mazaubrun, Cans e Grandjean, 1997; Harrison e Bolton, 1997; Howlin, Wing e Gould, 1995; Nordin e Gillberg, 1996).

8 O Momento da Notícia do Diagnóstico de TEA

O momento da notícia do diagnóstico deve ser cuidadosamente preparado, pois será muito sofrido para família e terá impacto em sua futura adesão ao tratamento.

O diagnóstico é uma tarefa multidisciplinar, porém, a comunicação à família deve ser feita por apenas um dos elementos da equipe, preferencialmente aquele que estabeleceu o vínculo mais forte e que, de certa forma, vai funcionar como referência na coordenação do projeto terapêutico indicado pela equipe para o caso. Ele deverá ter uma postura ética e humana, além de ser claro, conciso e disponível às perguntas e dúvidas dos familiares. Mais ainda, o local utilizado deverá ser reservado e protegido de interrupções, já que a privacidade do momento é requisito básico para o adequado acolhimento do caso.

A apresentação do diagnóstico deve ser complementada pela sugestão de tratamento, incluindo todas as atividades sugeridas no projeto terapêutico singular. O encaminhamento para os profissionais, que estarão envolvidos no atendimento do caso, deve ser feito de modo objetivo e imediato, respeitando, é claro, o tempo necessário para cada família elaborar a nova situação.

É importante esclarecer que o quadro do autismo é uma “síndrome”, que significa “um conjunto de sinais clínicos”; conjunto que define uma certa condição de vida diferente daquela até então experimentada pela família, e que impõe cuidados e rotinas diferenciadas. É igualmente importante esclarecer que os cuidados serão compartilhados entre a

equipe profissional responsável pelo tratamento e a família. Ou seja, é importante fazê-la notar que não estará sozinha nesse processo, e que terá respeitada sua autonomia na tomada das decisões.

9 Projeto Terapêutico Singular:

Habilitação/Reabilitação da Pessoa com TEA

Após o diagnóstico e a comunicação à família, inicia-se imediatamente a fase do tratamento e da habilitação/reabilitação.

A oferta de tratamento, nos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, constitui uma importante estratégia na atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo, uma vez que tal condição implica em alterações de linguagem e de sociabilidade que afetam diretamente – com maior ou menor intensidade – grande parte dos casos, limitando capacidades funcionais no cuidado de si e nas interações sociais, o que demanda cuidados específicos e singulares de habilitação e reabilitação[3] ao longo das diferentes fases da vida.

O projeto terapêutico a ser desenvolvido deve resultar do diagnóstico elaborado; das sugestões da equipe; e das decisões da família. Todo projeto terapêutico, portanto, será individualizado e deve atender às necessidades, demandas e interesses de cada paciente e de seus familiares.

---

3 Conforme o documento base para gestores e trabalhadores do SUS (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 4a Ed., 2008), habilitar é tornar hábil, no sentido da destreza/inteligência ou no da autorização legal. O "re" constitui prefixo latino que apresenta as noções básicas de voltar atrás, tornar ao que era. A questão que se coloca no plano do processo saúde/doença é se é possível "voltar atrás", tornar ao que era. O sujeito é marcado por suas experiências; o entorno de fenômenos, relações e condições históricas, neste sentido, sempre muda. Então, a noção de reabilitar é relativamente problemática. Na saúde, estaremos sempre desafiados a habilitar o sujeito a uma nova realidade biopsicossocial. No entanto, o sentido estrito da volta ou reconquista de uma capacidade antes existente ou legal pode ocorrer. Nesses casos, o "re"habilitar se aplica.

A escolha do método a ser utilizado no tratamento, bem como a avaliação periódica de sua eficácia devem ser feitas de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente, garantindo informação adequada quanto ao alcance e aos benefícios do tratamento, bem como favorecendo a implicação e a corresponsabilidade no processo de cuidado à saúde.

A avaliação sistemática do processo de habilitação/reabilitação deve ser pautada pela melhora e pela ampliação das capacidades funcionais do indivíduo em vários níveis e ao longo do tempo, por exemplo: na participação e no desempenho em atividades sociais cotidianas; na autonomia para mobilidade; na capacidade de autocuidado e de trabalho; na ampliação do uso de recursos pessoais e sociais; na qualidade de vida e na comunicação. Em síntese, os ganhos funcionais são indicadores centrais na avaliação da eficácia do tratamento.

O tratamento deve ser estabelecido de modo acolhedor e humanizado, considerando o estado emocional da pessoa com TEA e seus familiares, direcionando suas ações ao desenvolvimento de funcionalidades e à compensação de limitações funcionais, como também à prevenção ou retardo de possível deterioração das capacidades funcionais, por meio de processos de habilitação e reabilitação focados no acompanhamento médico e no de outros profissionais de saúde envolvidos com as dimensões comportamentais, emocionais, cognitivas e de linguagem (oral, escrita e não-verbal), pois estas são dimensões básicas à circulação e a pertença social das pessoas com TEA na sociedade.

No contexto do atendimento ao adulto e idoso com TEA, alguns

fatores adicionais devem ser considerados. Primeiro, a demanda por esse tipo de serviço tem aumentado no mundo e o mesmo é esperado aqui no Brasil. Ainda que a intervenções precoces e intensivas tragam imensos ganhos para o indivíduo com TEA e suas famílias, muitas da dificuldades vividas por esses indivíduos ultrapassam os anos da infância e da juventude. A necessidade por serviços e cuidados pode, portanto, se estender durante toda a vida do indivíduo. No caso do adulto ou idoso com TEA – um pouco diferente do que ocorre na intervenção precoce e na educação infantil, onde há muita ênfase no desenvolvimento de habilidades de base ou pré-requisitos – o foco do atendimento deve se voltar à integração e acesso aos serviços, à comunidade, à inserção no mercado de trabalho, ao lazer. A ênfase nessas dimensões não exclui a continuidade do trabalho para que os adultos com TEA possam cuidar de sua saúde pessoal, aprimorar habilidades funcionais e de autocuidado, bem como intensificar suas possibilidades de comunicação e ampliar seu repertório de comportamentos sociais.

Para o planejamento, seleção de objetivos e intervenção em cada uma dessas áreas, as equipes profissionais devem considerar ao menos os seguintes aspectos: (a) preferências individuais, (b) desempenho individual, (c) tolerância e resistência à demanda da atividade proposta, (d) riscos ao próprio indivíduo ou outros.

Um bom entendimento das preferências individuais do adulto com TEA, nas diversas áreas da vida, permitirá que a equipe selecione objetivos sociais, de lazer e trabalho adequados a pessoa atendida.

No caso do adulto, a expressão “desempenho individual” usada aqui

refere-se às habilidades presentes e ao nível de ajuda necessários para que o indivíduo participe das atividades propostas em sua vida. É importante que se tenha em mente que o fato de se tratar de um adulto, não significa que não haja aprendizagem. Ou seja, um dos objetivos fundamentais do atendimento, mesmo durante a vida adulta, é o de habilitar o indivíduo para participar de modo ativo e independente das atividades que são apresentadas. Conhecer seu desempenho independente em diversas áreas, permite que a equipe planeje estratégias para melhorar esse desempenho e reduzir, gradual e sistematicamente, o nível de ajuda que é necessário.

Outra área crítica na vida do adulto com TEA, que afeta principalmente suas chances de inserção no mercado de trabalho e na vida comunitária, refere-se a sua tolerância as demandas apresentadas. Sejam essas demandas de trabalho (i.e. quantidade ou tempo de atividade), ou demandas sociais (i.e. presença de pessoas, ruídos, interações). Por isso, é importante que se conheça quanto cada indivíduo consegue tolerar e desempenhar a cada momento do atendimento. Por exemplo: é possível que um jovem adulto com TEA entre na rede de serviços sendo completamente capaz de desempenhar bem certas atividades de trabalho, porém apresente dificuldades em permanecer engajado durante períodos mais longos. Nesse caso, sua tolerância ao engajamento pode ser aumentada gradativamente, de modo que ele possa, eventualmente, alcançar níveis competitivos de desempenho.

O indivíduo que não consegue comunicar dor, ou descrever estados internos, dependerá da habilidade daqueles a seu redor para o diagnóstico e tratamento de todo tipo de desconforto. A equipe,

por sua vez, deve aprender a entender e acolher os fatos para além daquilo que é relatado. Por exemplo: se um indivíduo que não consegue se comunicar, pode exibir comportamento auto-lesivo persistente dirigido à região do rosto. A equipe terá que desenvolver formas objetivas de medir a ocorrência e os possíveis efeitos desse comportamento. Medidas de frequência, porcentagem de ocorrência, etc., são bastante úteis nesse sentido. Em alguns casos, tais medidas serão a única forma de se avaliar riscos.

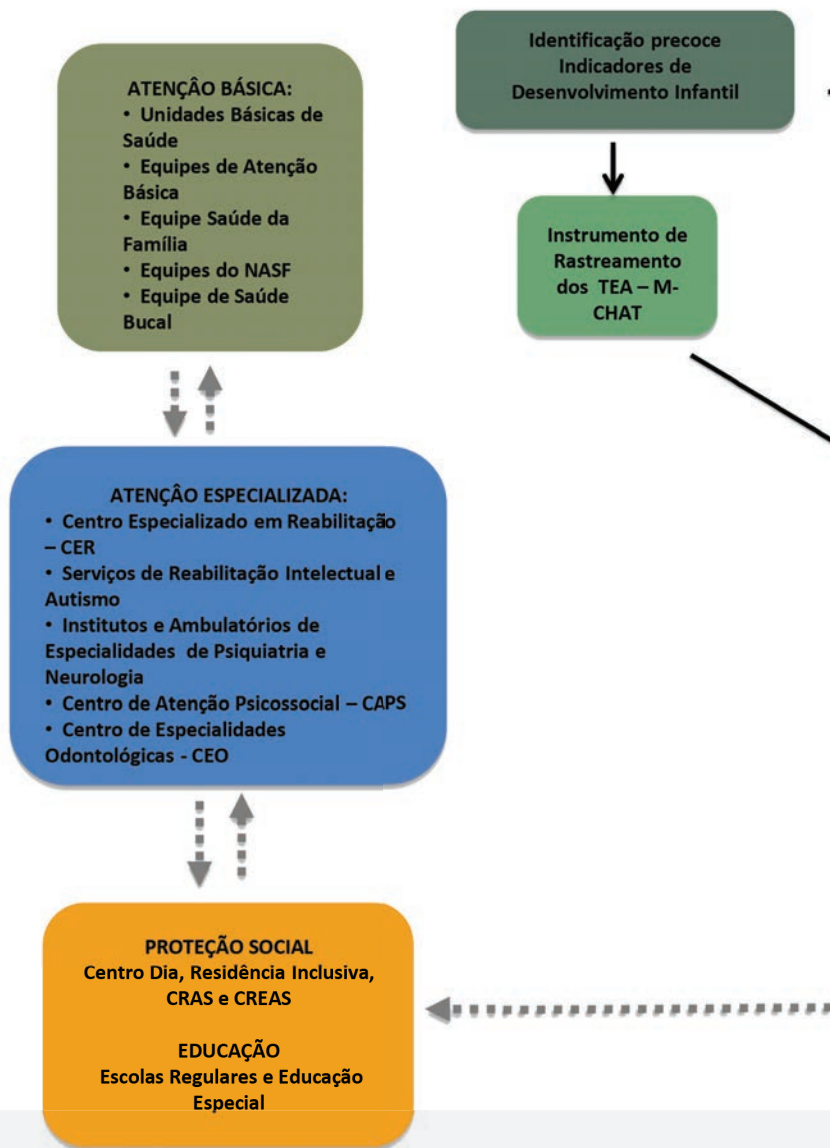
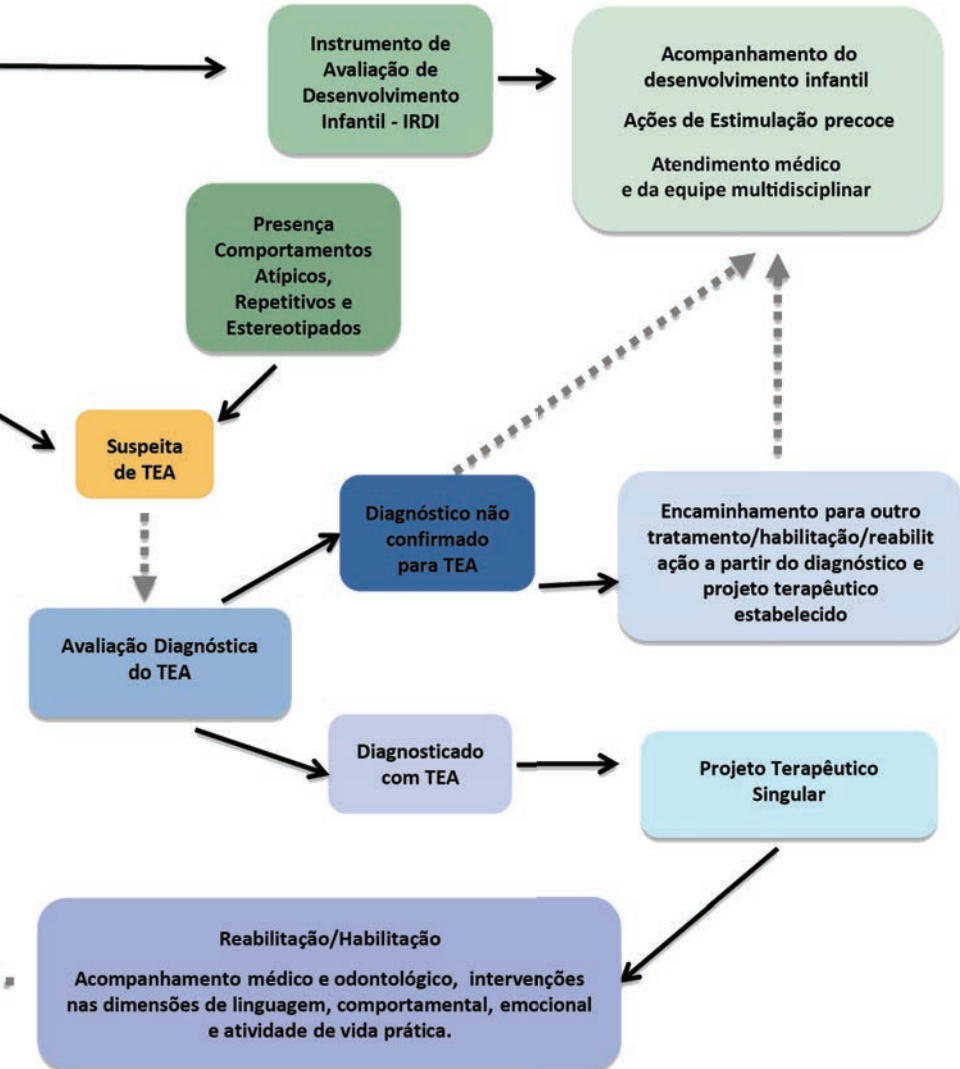
É essencial que a definição do projeto terapêutico das pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo leve em conta as diferentes situações clínicas envolvidas nos transtorno do espectro do autismo. Ou seja, é necessário distinguir e ter a capacidade de responder tanto às demandas de habilitação/reabilitação de duração limitada (atingimento de níveis satisfatórios de funcionalidade e sociabilidade por parte dos pacientes, evitando manter essas pessoas como usuários permanentes dos serviços), quanto ao estabelecimento de processos de cuidado àqueles usuários que necessitam de acompanhamento contínuo e prolongado.

Ao mesmo tempo, além dos processos de cuidado à saúde no âmbito da atenção especializada, que visam responder às especificidades clínicas, é importante ressaltar que os serviços de saúde devem funcionar em rede, estando preparados para acolher e responder às necessidades gerais de saúde das pessoas com TEA, o que inclui o acompanhamento (básico e especializado) tanto da equipe de habilitação/reabilitação, quanto médico, odontológico e da saúde mental, sempre que se fizer necessário.

É também de extrema importância que os cuidados à saúde da pessoa com TEA, ao longo da vida, estejam articulados também às ações e programas no âmbito da proteção social, educação, lazer, cultura e trabalho, visando o cuidado integral e o máximo de autonomia e independência nas atividades da vida cotidiana.

10 Apoio e Acolhimento à Família da Pessoa com TEA

O cuidado da pessoa com TEA exige da família extensos e permanentes períodos de dedicação, provocando, em muitos casos, a diminuição das atividades de trabalho, lazer e até de negligência aos cuidados da saúde de membros da família. Isto significa que estamos diante da necessidade de ofertar, também aos pais e cuidadores, espaços de escuta e acolhimento; de orientação e até de cuidados terapêuticos específicos.

11 Fluxograma de Acompanhamento e

Atendimento da Pessoa com TEA na REDE SUS

Referências

1. Akshoomoff N, Neuropsychiatric Aspects of Autistic Spectrum Disorders and Childhood-Onset Schizophrenia. In Pediatric Neuropsychiatry, Ed: Coffey CE and Brumback RA, Lippincott Williams 7 Wilkins 2006, pp 195-214, Philapdelphia
2. American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mtais* (4th ed.) (C. Dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 2000).
3. Backes, B et al (submetido). Instrumentos de avaliação do Transtorno do Espectro Autístico: Uma revisão sistemática de estudos brasileiros. Cadernos de saúde publica.
4. Bair G, Simonoff E, Pickles A, Chandler S, Loucas T, Meldrum D, et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The special needs and autism project (SNAP). The Lancet 2006; 368:210-215)
5. Barbaro J, Ridgway RN and Dissanayake C. Developmental surveillance of infants and toddlers by maternal and child nurses in an Australian community-based setting: promoting the early identification of autism spectrum disorders. J Pediatr 2011; 26:334-47)
6. Bhat, A.; Landa, R. & Galloway, J. (2011) Current perspectives on motor functioning in infants, children and adults with autism spectrum disorders. Physycal Therapy, (91), 7, 1116-1129.

7. Bosa, C. (1998). Diretrizes para avaliação psicológica de crianças com transtornos globais do desenvolvimento. Manual não-publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (produção técnica).
8. Bosa, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. *Psicologia,Reflexão e Crítica, 15*(1), 77-88.
9. Broadstock M, Doughty C and Matt Eggleston. Systematic review of the effectiveness of pharmacological treatments for adolescents and adults with autism spectrum disorder *Autism* 2007 11: 335, 335-348
10. Bryson SE, Clarck BS, Smith IM. First report of a Canadian epidemiological study of autistic syndromes. J Child Psychol Psychiatr 1988; 29(4):433-45).
11. Bursztejn, C., Baghdadli, A., Lazartigues, A., Philippe, A., & Sibertin-Blanc, D. (2003, maio). Towards early screening of autism. Arch Pediatr, 10 Suppl 1, 129s-131s.
12. Castro-Souza RM. Adaptação Brasileira do M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) [thesis]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2011
13. CHERUBINI, Zuleika Ana; BOSA, Cleonice Alves; BANDEIRA, Denise Ruschel. Estresse e autoconceito em pais e mães de crianças com a síndrome do X-frágil.Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre, v. 21, n. 3, 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Mar. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000300009

14. Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Prevalence of autism spectrum disorders: autism and developmental disabilities monitoring network*. Retrieved in August, 9, 2010, from http://www.cdc.gov/mmwr/indss_2007.html.
15. Doyle[1] CA & McDougle †2 CJ, Pharmacotherapy to control behavioral symptoms in children with autism, Expert Opinion in Pharmacotherapy, 2012, Vol. 13, No. 11 , 1615-1629.
16. Dowd, A.; Rinehart, N. & McGinley, J. (2010). Motor function in children with autism: why is this relevant to psychologists? Clinical Psychologist, 14(3).
17. Esposito, G; Venuti, P.; Maestro, S. & Muratori, F. (2009) An exploration of symmetry in early autism spectrum disorders: analysis of lying. Brain & Develpment, (31), 131-128.
18. Esposito, G; Venuti, P.; Apicella, F. & Muratori, F. (2011) Analysis os unsupported gait in toddlers with autism. Brain & Develpment, (33), 367-373.
19. Fernandes, F D M-Avaliação Pragmática. IN Andrade CRF, Befi-Lopes DM, Fernandes FDM, Wertzner HF. ABFW – Teste de Linguagem Infantil: nas áreas de Fonologia, Vocabulário, Fluência e Pragmática. São Paulo: Pró-Fono; 2000.
20. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. J Clin Psychiatr 2006; 67(12):2003).
21. Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research,65*(6), 591-598.
22. Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research, 65*(6), 591-598.

23. Fombonne, E. (2010, April). Epidemiology of autism. Paper presented at the 1º. Encontro Brasleiro para Pesquisa em Autismo, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.
24. Hoffman, C.D., Sweeney, D.P., Hodge, D., Lopez-Wagner, M.C. & Looney, L. (2009). Parenting Stress and Closeness Mothers of Typically Developing Children and Mothers of Children With Autism. Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, 24(3), 178-187.
25. Kogan MD, Blumberg SJ, Schieve LA, Boyle CA, Perrin JM, Ghandour RM et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US. Pediatrics 2009; 1395-1403.
26. Kupfer, MCM., Jerusalinsky, NA., Bernardino, LMF., Wanderley, DB., Rocha, PSB., Molina, S., et al. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 13, 31-52.
27. Lerner, R. (2011). Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade. Tese (Livre-Docência) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
28. Kupfer, MCM., Jerusalinsky, NA., Bernardino, LMF., Wanderley, DB., Rocha, PSB., Sales, LMM., et al. (2009). Predictive value of risk signals for the child development: a psychoanalytical study. Latin American Journal of Fundamental Psychopathology online, v. 6, 48-68.

29. Kupfer, MCM., Jerusalinsky, NA., Bernardino, LMF., Wanderley, DB., Rocha, PSB., Molina, S., et al. (2010). Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 13, 31-52.
30. Lerner, R. Indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil - IRDI: verificação da capacidade discriminativa entre autismo, retardo mental e normalidade. Livre-docência (Instituto de Psicologia) - Universidade de São Paulo, 2011.
31. Lord C & Rutter M, Autism and Pervasive Developmental Disorders, in Child and Adolescent Psychiatry, 3rd ed (Ed Rutter M, Taylor E and Hersov L, Blakwell Scientific Publications Oxford, 1994, 569-593.
32. Losapio, MF, Ponde, MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, Porto Alegre, v. 30, n. 3, dez. 2008.
33. MacDermott S, Williams K, Ridley G, GHlasson E. and Wray J. The prevalence of autism in Australia. Can it be established from existing data? Autism Advisor Board on Autism Spectrum Disorders, 2007
34. Maestro, S.; Muratori, F.; Cavallaro, MC,; Pecini, C.; Cesari, A.; Paziente, A.; Stern, D.; Golse, B & Palacio-Espasa, F. (2005) How Young Children Treat Objects and People: An Empirical Study of the First Year of Life in Autism Child Psychiatry and Human Development, Vol. 35(4), 383-396.
35. Marques D. F., & Bosa, C. A. (submetido). Autismo: Validação preliminar de um protocolo clínico de observação do comportamento. Psicologia: Teoria e Pesquisa.

36. Marques, D.F. (2010). Aprimoramento e evidências de validade do protocolo de observação para crianças com suspeita de transtornos do espectro autista: Um estudo preliminar. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
37. Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., Mandell, D. S., Miller, L. A., Pinto-Martin, J., Reaven, J., Reynolds, A. M., Rice, C. E., Schendel, D., & Windham, G. C. (2007). The epidemiology of autism spectrum disorders. *Annual Review of Public Health, 28*, 235-258.
38. Paula, C. S., Ribeiro, S. H., Fombonne, E., & Mercadante, M. T. (2011). Brief report: Prevalenceof Pervasive Developmental Disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Develomental Disorders, 41*(12), 1738-1742.
39. Rice, C. (2007). Prevalence of autism spectrum disorders-autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States of America, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 56*, 12-28.
40. Perissinoto,J. Diagnóstico de linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico In: Tratado de Fonoaudiologia ed.São Paulo-SP : Roca, 2004, p. 933-940.
41. Ritvo ER, Freeman BJ, Pigree CP, Mason-Brothes, Jorde L, Jenson WR et al. The UCLA-University of Utah epidemic survey of autism: Prevalence. J Psychiatr 1989; 146(2):194-9).
42. Rogers SJ and Vismara LA Evidence-Based Comprehensive Treatments for Early Autism. J Clin Child & Adol Psychology, 2008, 37(1), 8–38
43. Rutter, M. L. (2011). Progress in understanding autism: 2007-2010. *Journal of Autism and Dvelopmental Disorders, 41*(4), 395-404.

44. Schwartzman JS. Condições associadas aos Transtorno do Espectro do Autismo. In: Schwartzman JS, Araújo CE (org.). Transtornos do Espectro do Autismo. São Paulo: Memnon; 2011. p. 123-43.
45. Wright, KE, Poulin-Dubois, D. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) screening at 18 months of age predicts concurrent understanding of desires, word learning and expressive vocabulary. Research in Autism Spectrum Disorders (2011).

SAÚDE SEM LIMITE

Viver sem limite

Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

DISQUE SAÚDE 136

Ouvidoria Geral do SUS

www.saude.gov.br

Ministério da **Saúde**